

Fecha

Solicitud De Prestaciones Adicionales Colectivas Trabajador 2026
Uso del Tiempo Libre
CLUB DE CAMPO DON ELÍAS FIGUEROA (VALPARAÍSO)

Solo se recibirán solicitudes de lunes a jueves, entre las 9:00 hrs. hasta las 18:00 hrs.

I. Antecedentes del trabajador mandatario

Nombre Completo		Rut	
Dirección		Comuna	Región
Teléfono Fijo o Celular	Correo Electrónico	Cargo Mandatario	

II. Identificación de la empresa a la cual pertenece el mandatario (*)

Razón Social Empresa	Rut Empresa

III. Solicitud de prestación colectiva asociada a uso del tiempo libre ()**

Fecha requerida:	- -	N° Trabajadores participantes:	
------------------	-----	--------------------------------	--

Sector Requerido		Horario Solicitado	
Quincho <input type="checkbox"/>		De: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM	A: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM
Casona <input type="checkbox"/> (Máx. 600 pers.)	Pérgola <input type="checkbox"/> (Máx. 280 pers.)	De: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM	A: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM
Terraza Casona <input type="checkbox"/> (Máx. 300 pers.)	Cocina <input type="checkbox"/>	De: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM	A: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM
Jardín con pileta <input type="checkbox"/>	Parque infantil <input type="checkbox"/>	De: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM	A: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM
Salón de: Chimenea <input type="checkbox"/> (Máx. 70 pers.)	Fogón y bar <input type="checkbox"/> (Máx. 120 pers.)	De: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM	A: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM
Sala de: Capacitación 1 <input type="checkbox"/> (Máx. 75 pers.)	Capacitación 2 <input type="checkbox"/> (Máx. 70 pers.)	De: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM	A: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM
Capacitación 3 <input type="checkbox"/> (Máx. 35 pers.)	Reuniones <input type="checkbox"/> (Máx. 18 pers.)		
Canchas de: Tenis Single <input type="checkbox"/>	Tenis Doble <input type="checkbox"/>		
Fútbol <input type="checkbox"/>	Pádel <input type="checkbox"/>	De: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM	A: <input type="text"/> : <input type="text"/> HH MM

Firma de trabajador mandatario

Nombre, firma y timbre de
Gerente/Jefe de área RRHH

(*) Para efectos del presente instrumento, corresponde a la empresa en la cual uno de los firmantes desempeñamos funciones actualmente bajo subordinación y dependencia.

(**) Toda postulación para ser efectiva debe completar todos los campos requeridos en este documento y adjuntar en archivo Excel la nómina de trabajadores que asistirán al recinto. Información adicional de requisitos para acceder a cada prestación en www.caja18.cl

Esta solicitud debe ser enviada a beneficiospac@caja18.cl con al menos 3 días hábiles de anticipación a la fecha requerida y esperar su autorización.

Las Cajas de Compensación son fiscalizadas por la Superintendencia de Seguridad Social www.suseso.cl - Caja 18 - Todos los derechos reservados

Fecha

NÓMINA DE TRABAJADORES POSTULANTES DE LA ACTIVIDAD
CLUB DE CAMPO DON ELÍAS FIGUEROA (VALPARAÍSO)

Solo se recibirán solicitudes de lunes a jueves, entre las 9:00 hrs. hasta las 18:00 hrs.

Nº	Nombre completo del Trabajador Afiliado (*)	Rut Afiliado		Firma Trabajador Afiliado
		Número	DV	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Total Trabajadores Afiliados

Firma de trabajador mandatario

Nombre, firma y timbre de
Gerente/Jefe de área RRHH

Recuerde que debe adjuntar esta misma planilla en archivo Excel

(*) Por el presente instrumento, los firmantes facultamos al Mandatario para que actuando en nuestro nombre y representación, presente en Caja 18 esta solicitud de beneficio; siendo dicho Mandatario el exclusivo responsable de su presentación oportuna, y del cumplimiento de los requisitos establecidos en el programa de prestaciones adicionales de Caja 18

Esta solicitud debe ser enviada a beneficiospac@caja18.cl con al menos 3 días hábiles de anticipación a la fecha requerida y esperar su autorización.

Las Cajas de Compensación son fiscalizadas por la Superintendencia de Seguridad Social www.suseso.cl - Caja 18 - Todos los derechos reservados